



MINISTRE DE LA SECURITE PUBLIQUE

CERTIFICAT MEDICAL N° 3
(CM3)

Nom et Prénoms :

Date de naissance : à : Sexe :

Adresse :

Situation de famille : Nombre d'enfant : Profession actuelle :

Répondre au questionnaire médical en cochant la case correspondante : ☐ OUI ☐ NON
Si réponse inconnue, mentionner NSP (ne sais pas) face à la question

Antécédents familiaux :

Age du père : ans ; est-il malade ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, quelle est sa maladie :

Si décédé, quelle est sa cause :

Age de la mère : ans ; est-elle malade ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, quelle est sa maladie :

Si décédée, quelle est sa cause :

Un des membres de votre famille (parents, grands-pères, frère, sœur, tante, oncle, cousin, cousine) a-t-il ou a-t-elle eu une de ces maladies :

Asthme : ☐ OUI ☐ NON

Tuberculose : ☐ OUI ☐ NON

Hypertension artérielle ou maladie du cœur : ☐ OUI ☐ NON

Mort subit (d'effort ou NON) : ☐ OUI ☐ NON

Diabète : ☐ OUI ☐ NON

Cancer : ☐ OUI ☐ NON

Maladie nerveuse : ☐ OUI ☐ NON

Autre maladie : ☐ OUI ☐ NON

Antécédents médico personnel :

Avez-vous eu une des maladies suivantes :

Bronchite fréquente : ☐ OUI ☐ NON

Asthme : ☐ OUI ☐ NON

Tuberculose : ☐ OUI ☐ NON

Syncope, évanouissement : ☐ OUI ☐ NON

Palpitation : ☐ OUI ☐ NON

Hypertension artérielle ou maladie du cœur : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez :

Manifestation d'intolérance à l'effort (malaise divers) : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez :

Diabète : ☐ OUI ☐ NON

Jaunisse, hépatite : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez :

Ulcère d'estomac : ☐ OUI ☐ NON

Autres troubles digestifs : ☐ OUI ☐ NON

Anomalie dans les urines : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez :

Calcul rénal ou urinaire : ☐ OUI ☐ NON

Rhumatisme articulaire aigu :	☐ OUI	☐ NON
Méningite, encéphalite :	☐ OUI	☐ NON
Epilepsie, convulsion :	☐ OUI	☐ NON
Paralyse :	☐ OUI	☐ NON
Maladie gynécologique :	☐ OUI	☐ NON
Autres maladies :	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, précisez :		
Avez-vous déjà été hospitalisé	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, précisez le motif :		

Terrain allergique.

Etes-vous allergique à certains médicaments :	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, lesquels :		
Avez-vous des allergies cutanées (urticaire et eczéma)	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous des allergies respiratoires (asthme, rhume des foins)	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous des contres indications aux vaccinations :	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, lesquels :		
Avez-vous une allergie aux piqûres de guêpes ou d'abeilles :	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, avez-vous été sensibilisé :	☐ OUI	☐ NON

Antécédents chirurgicaux et traumatique.

Avez-vous subi une intervention chirurgicale pour une de ces problèmes :	☐ OUI	☐ NON
Appendice :	☐ OUI	☐ NON
Hernie(s) :	☐ OUI	☐ NON
Autres à préciser :	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous eu une anesthésie générale :	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien :	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, y avait-il eu perte de connaissance	☐ OUI	☐ NON
Vous reste-t-il des séquelles	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous eu des fractures des membres	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, a quels membres	☐ OUI	☐ NON
Etes- vous encore porteur de broche, clou, vis ou plaque	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocages, douleurs, entorses)	☐ OUI	☐ NON
Autres antécédents (luxations, entorses) :	☐ OUI	☐ NON
Si OUI, précisez :		

Yeux :

Potez-vous des lunettes :	☐ OUI	☐ NON
Portez-vous des lentilles ou verres de contactes :	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous des problèmes de vision des couleurs :	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous eu une blessure ou un traumatisme de l'œil :	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous eu d'autre maladie des yeux :	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous bénéficié d'un traitement chirurgical de la myopie (laser, etc..) :	☐ OUI	☐ NON

Nez, gorge, oreilles, dents

Ecoulement nasal :	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou :	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous des troubles de l'équilibre :	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous été opéré des oreilles ou du nez ou des sinus ou du cou :	☐ OUI	☐ NON
Utilisez-vous régulièrement un écouteur :	☐ OUI	☐ NON
Avez-vous des caries dentaires :	☐ OUI	☐ NON

Colonne vertébrale

Souffrez-vous du dos ou de la colonne vertébrale :	☐ OUI	☐ NON
Si OUI,		
est-ce en permanence :	☐ OUI	☐ NON
après effort :	☐ OUI	☐ NON
les douleurs sont-elles apparues après un accident :	☐ OUI	☐ NON

Trouble nerveux

- Avez-vous fréquemment mal à la tête : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous eu des évanouissements en dehors d'un traumatisme : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie) : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles nerveux : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous vous uriné au lit après l'âge de 7 ans : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous été en institut médico-pédagogique : ☐ OUI ☐ NON

Habitude de vie

- Faites-vous du sport : ☐ OUI ☐ NON
- Si OUI,
indiquez le ou les sports pratiqués :
depuis quand et nombres d'heures par semaine :
- Etes-vous fumeur habituel de tabac : ☐ OUI ☐ NON
- Buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif, ...) : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques : ☐ OUI ☐ NON
- Si OUI,
précisez lesquels :
en avez-vous pris récemment : ☐ OUI ☐ NON
êtes-vous sous traitement substitutif : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous été traité pour maladie sexuelle : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous bénéficié d'un dépistage du VIH : ☐ OUI ☐ NON
- Etes-vous donneur de sang régulier : ☐ OUI ☐ NON

Traitement

- Pensez-vous un traitement médicamenteux actuellement : ☐ OUI ☐ NON
- Si OUI, quel médicament :

Autre(s) maladie(s) non signalée(s) dans le questionnaire

Laquelle (lesquelles) :

Renseignement complémentaires

- Est-ce votre première visite médicale pour l'admission dans la police : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous déjà servi dans la police : ☐ OUI ☐ NON
- Si OUI, avez-vous eu des problèmes médicaux : ☐ OUI ☐ NON
- Si OUI, lesquels :

Coordonné de votre médecin traitant habituel

Nom et prénom :

Adresse :

Code postale et ville :

Téléphone :

Je soussigné(e) certifie avoir répondu de façon sincère au présent questionnaire et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux signalés.

Date et signature du candidat

Nom et Prénoms :

Né(e) le :à : Sexe :

Domicile :

CATEGORIE DU CONCOURS :

CENTRE D'EXAMEN CHOISI :

N° D'INSCRIPTION :

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE INITIALE

(Certificat à remettre au candidat sous pli cacheté « confidentiel médical »)

Je soussigné(e), médecin

Après avoir examiné M., Mme, Mlle

Né(e) le

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

Demeurant à Code postal

Certifie avoir fait les constatations suivantes :

GROUPE SANGUIN :

SIGLE G.

Biométrie : Taille (cm) :

--	--	--

Poids (en kg) :

--	--	--

Indice de masse corporelle :

Dermatoses :

Cicatrices (description) :

Tatouages (description) :

Rachis :

Sangle abdominale :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Allergies identifiées :

Etat vaccinal : Connu ☐ Non connu ☐

Vaccins	Date dernière vaccination
BCG	
Diphtérie, tétanos, polio	
Coqueluche	
RO Rubéole	
Méningite à méningo	
Hépatite B	
Hépatite C	
Fièvre jaune	
Typhoïde	

Appareil respiratoire

Examen clinique

Examen paraclinique

RCP :

Appareil circulatoire

Pouls :

Tension artérielle :

Examen clinique

Cœur

Système circulatoire artériel

Système circulatoire veineux

Varices

Hémorroïdes

Etat bucco-dentaire : Satisfaisant ☐

Déficient ☐

Caries dentaires multiples ☐

Maxillaire
DROITE

Valeur : 2 5 5 3 3 4 1 2
Dents : 8 7 6 6 5 4 3 2 1
Dents : 8 7 6 5 4 3 2 1
Valeur : 3 5 5 3 3 4 1 1

2 1 4 3 3 5 5 2 : Valeur
1 2 3 4 5 6 7 8 : Dents
1 2 3 4 5 6 7 8 : Dents
1 1 4 3 3 5 5 3 : Valeur

Maxillaire
GAUCHE

Articulé dentaire :

coefficient de mastication 100

Appareil digestif

Examen clinique

Hémorroïdes

Examen paraclinique

Appareil genito-urinaire :

Examen clinique

Examen paraclinique

Recherche de β HCG

TPHA/RPR

Examen gynécologique

Situation obstétricale :

Apte ☐

Inapte temporaire ☐

Appareil neurologique

Antécédents (traumatisme crânien, perte de connaissance, comitialité, ..) :

Examen clinique :

Examen paraclinique :

Glandes endocrines :

Clinique

Appareil spleno-ganglionnaire :

Peau et muqueuses :

SIGLE S = MEMBRES SUPERIEURS :

SIGLE I = MEMBRES INFERIEURS :

SIGLE Y = YEUX ET VISION :

Expertise par un spécialiste :

OUI ☐

NON ☐

Antécédents :

Examen clinique :

Examen paraclinique :

	Acuité visuelle		Correction inadaptée	Milieux transparent	Fond d'œil	Vision binoculaire
	Sans correction	Avec correction				
OD						
OG						

SIGLE C = SENS CHROMATIQUE

Expertise par un spécialiste : OUI ☐ NON ☐
Test de capacité chromatique professionnelle : Satisfaisant ☐ Non satisfaisant ☐

SIGLE O = OREILLES ET AUDITION

Expertise par un spécialiste : OUI ☐ NON ☐

Antécédents :

Troubles fonctionnels (labyrinthique ou particulier)

Examen des tympans

Acuité auditive : voix chuchotée

1m

droite :

gauche :

5m

droite :

gauche :

Examens paracliniques

SIGLE P = PSYCHISME

Antécédents :

Conduites addictives (alcool, drogues, médicaments détournés de leur usage) :

Constatation et observations :

Aptitude particulière à l'entrée dans la police

- ☐ Absence de toxicomanie avérée ou décelée cliniquement ou biologiquement
- ☐ Absence de bégaiement prononcé
- ☐ Non contre-indication au port d'arme

Constatations diverses :

SYNTHESE DU DOSSIER MEDICAL

En conséquence, M. , Mme., Mlle.,

Présente le profil médical suivant :

S	I	G	Y	C	O	P

Ne présente ce jour aucune affection patente:

Présente ce jour une affection patente :

APTE

INAPTE

A titre temporaire ☐

A titre définitif ☐

A, le

--	--

--	--

--	--	--	--